**ДОВЕРЕННОСТЬ**

**на представление интересов законного представителя ребенка**

г.Владивосток «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*фамилия, имя, отчество доверителя (законного представителя)*

паспорт серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г., зарегистрированная (ый) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ доверяю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*фамилия, имя, отчество представителя)*

паспорт серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г., зарегистрированная (ый) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ осуществлять от моего имени в отношении моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_г.р. все права законного представителя, предусмотренные законодательством РФ, в частности: выбор врача медицинской организации, подписание договора на оказание медицинских услуг, принятие решений о виде и способе медицинского вмешательства, выбор методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, давать информированное добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства с правом подписи, получать любую информацию о состоянии здоровья моего ребенка, знакомиться со всеми медицинскими документами, касающимися его здоровья, получать их копии, выбирать лиц, которым может передаваться информация о состоянии его здоровья, представлять интересы по вопросам оказания ему медицинской помощи в ООО МЦ «УЛЬТРАДЕНТ».

Подпись представителя удостоверяю / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись доверителя / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_